

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 24 年 6 月 7 日

平成 23 年 11 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人七野会聚楽デイサービスセンターにつきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

## 記

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○業務レベルにおける課題の設定 送迎、排泄、食事等の担当を決め、それぞれ課題を設定しています。各担当者が毎日のミーティングで確認した内容をもとに頻繁に課題の見直しが行われています。</li> <li>○管理者等のリーダーシップ 管理者は職員会議やヒアリングの場で自らの職責を明らかにするとともに、定期的に面談を行い職員の気持ちを把握するよう努力しています。</li> <li>○事業所内の衛生管理 施設は町屋を改修して作られ、大変趣があり、利用者がゆったりと過ごせる環境が整えられています。また、施設内は整理整頓され、効率的かつ安全な環境が保たれています。</li> <li>○プライバシーの保護 必要な研修を行うとともに、利用者の要望に応じて同性介助を実現するなど、利用者のプライバシーの保護に積極的に取り組まれています。</li> </ul>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○利用契約 一部利用者について、重要事項説明書等の署名捺印が確認できませんでした。</li> <li>○個別状況に応じた計画の策定 定期的なアセスメントが行われておらず、一部利用者については個別援助計画への署名捺印が確認できませんでした。また、個別援助計画の見直しを行う時期・手順が明確に定められておらず、定期的に計画の変更が行われていません。</li> <li>○評価の実施と課題の明確化 サービス内容や運営状況等に対する自己評価が行われていません。</li> </ul>

## 具体的なアドバイス

事業所は、町屋を改修したもので大変趣があり、利用者がゆったりと過ごせる環境が整えられていました。また、職員の笑顔と利用者への対応の心地良さ、職員間のチームワークの良さが大変印象に残りました。

「その人らしく生きる」という法人の理念を踏まえ、地域での生活支援を念頭に置き、利用者が気軽に安心して利用できる事業所運営に努力されている様子をうかがい知ることができました。

今回の調査をふまえ、更によりよい施設運営、サービスの提供につなげていただきますよう、以下の点についてアドバイスを致します。

## ○組織体制

法人の規模・組織力を活かし、各事業所が効果的に運営できるよう、様々な支援体制を整えつつ、各事業所が一定の権限を持ち効果的に運営されていると感じました。しかし、事業所での会議については議事録がなく、どのような決定がなされたかを職員が確認共有するには不十分な状態です。

今後は、議事録を残し、決定事項等が確実に職員に伝わるようしてはいかがでしょうか。また、事業所での具体的な意思決定の経過や内容を記録に残し、法人本部にフィードバックすることで、法人が各事業所をより効果的にバックアップできる情報にもなると思います。

## ○個別状況に応じた計画の策定

事業所における介護計画作成の一連の過程が適切に行われていません。サービス提供における最低限度の基準であり直ちに改善する必要があります。

まずは、アセスメント、介護計画の作成、モニタリング等、運営基準を参考に計画更新のルール作りに取り組んで下さい。「介護計画は利用者の状態に変化があったときに毎日のミーティングで適時見直しを行っている」とのことでしたが、記録のないものは、適切に実施されているか否かの確認ができません。また、利用者にとって適切なサービスが提供されているかは利用者本人及びサービス提供側だけでなく、第三者による客観的視点や評価も必要と考えます。

## ○評価の実施と課題の明確化

自主点検表等を参考に事業所独自に自己評価に取り組まれることをお勧めします。特に管理者以外の職員が自己評価を行い事業所の課題について考察することは、サービス改善の原動力になると考えます。

第三者評価についても、法人本部と積極的に意思疎通を図って頂き、事業所として受診する目的を明確にした上で受診していただきますようお願い致します。

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670200175
事業所名	社会福祉法人七野会 聚楽デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	通所予防通所介護
訪問調査実施日	平成24年3月23日
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所のスタッフ全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	B	
	(評価機関コメント)		1. 施設理念等を職員が毎日確認できるよう、タイムカード横に掲示しています。家族会の広報誌に定期的に理念や事業所としての方針が示されています。 2. 拡大管理委員会、職員会議、検討会議等により組織的に意思決定が行っているとのことですが、議事録がなく内容が確認できませんでした。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 利用者へのアンケート調査や職員会議等により課題を把握し、事業計画を策定しています。 4. 送迎、排泄、食事等の担当を決め、それぞれ課題を設定しています。各担当者が毎日のミーティングで確認した内容をもとに頻繁に課題の見直しが行われています。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A	
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	A	A	
	管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	A	A	
	(評価機関コメント)		5. 業務遂行に必要な法令は法令集として供覧できます。変更等は法人本部からの通達により確認します。 6. 職員会議やヒアリングの場で管理者としての職責を明らかにするとともに、管理者が定期的に面談を行い職員の気持ちを把握できるよう努めています。 7. 管理者は日常的に巡回や介護日誌、毎日のミーティングの参加等により状況の把握を行っています。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 法人で職員採用や人員体制に関する基本的な考え方を定めています。学習教育部があり、資格取得支援等のサポートが行われています。 9. 経験・能力等により段階的に必要な知識・技術を身につけることができるよう、計画に基づき研修が行われています。 10. 法人本部を窓口として実習の受け入れが行われています。実習指導者に対する研修等は行われていません。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇の取得や介護機器の整備等、労働環境に配慮しています。 12. 管理者の面談や職員間のサポートはありますが、カウンセラー等の専門職による相談等は行われていません。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	B
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 年4回法人全体で広報誌『なのの』を発行しています。学区避難訓練や地域運動会に参加する等、地域との取り組みを大切にしています。地域で活用できる社会資源や地域の情報等、利用者への情報提供は十分に行われているとは言えません。 14. 地域の民生委員の集まるサロンを開催して情報の提供や交換に取り組んでいます。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	B
		(評価機関コメント)		15. パンフレット等により情報提供を行っています。見学者への対応については、記録で確認することができませんでした。		
<b>(2)利用契約</b>						
		内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	B	B
		(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書等の一部に利用者等の署名捺印がありませんでした。		

(3)個別状況に応じた計画策定					
アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	B	
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	B	
専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A	
個別援助計画等の見直し	20	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B	
(評価機関コメント)		17. 定期的にアセスメントが行われていません。 18. 個別援助計画については、一部利用者等の署名捺印がありませんでした。 19. サービス担当者会議に参加し意見交換を行うとともに、職員ミーティング等で話し合い、個別援助計画を作成しています。 20. 計画の見直しを行う時期・手順が明確に定められていません。定期的に変更が行われていません。			
(4)関係者との連携					
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
(評価機関コメント)		21. 利用者が退院する際はサービス担当者会議に参加するなどして、情報収集や意見交換を行い、退院後のサービス利用につなげています。			
(5)サービスの提供					
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A	
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	B	
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A	
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		22. 必要な業務マニュアルが整備され、定期的に見直しがされています。 23. 記録の管理等について、職員に対しての教育や研修が行われていません。 24. 毎日のミーティングにより必要な情報の伝達や共有化が行われています。 25. 利用の都度、送迎時及び連絡帳により家族との情報交換を行っています。			
(6)衛生管理					
感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、スタッフ全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		26. 感染症の対策や予防については、マニュアルの整備や職員への研修等、適切な対応が行われています。 27. 施設内は整理整頓され、効率的かつ安全な環境が保たれています。			
(7)危機管理					
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A	
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A	
(評価機関コメント)		28. マニュアルが整備され必要な研修または訓練等が行われています。 29. 事故報告書を作成し、毎日のミーティングで再発防止を検討し、周知しています。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	人権等の尊重	30	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	プライバシー等の保護	31	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A	
	利用者の決定方法	32	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		30. スタッフからの声かけは丁寧と感じました。利用者のヒアリングから不快な対応はないことを確認しました。必要な研修は法人全体で行われています。 31. 希望者には同性介助を行っています。 32. 利用定員を超えなければ、基本的に受け入れを行っています。			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	33	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	34	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	B	
	(評価機関コメント)		33. 法人本部及び事業所の担当者を窓口として苦情の受付を行っています。連絡帳を活用して日々、相談や要望、苦情等を汲み取るよう工夫しています。 34. 苦情等は法人全体で集約され、定期的に広報誌『ななの』で公開されています。 35. 市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れは行われていません。			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	利用者満足度の向上の取組み	36	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	A	B	
	質の向上に対する検討体制	37	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種のスタッフが積極的に参加している。	A	A	
	評価の実施と課題の明確化	38	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	A	B	
	(評価機関コメント)		36. 毎年利用者アンケート調査を行い、課題の把握に努めていますが、前年度の比較や分析が十分になされていません。 37. 区の事業者連絡会である「ささえ愛の会」に参加し、定期的に意見交換や交流を行っています。 38. 事業所独自で取り組む自己評価は行われていません。			